Lane Medical Library

Aus der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der jüdischen Gemeinde Berlin und aus der Privatklinik Prof. Karewskis, Charlottenburg

Über abdominelle Pseudotumoren

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin

vom

praktischen Arzt in Berlin

Martin Klein

Assistenzarzt der Privatklinik und am Krankenhause

Tag der Promotion: 3. Juni 1919

BERLIN
1919

Gedruckt
mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Berlin

Referent: Prof. Dr. His

Seinem hochverehrten Lehrer und Chef

Herrn Geheimrat

Prof. Dr. Karewski

in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser

Seitdem Schloffer und Braun die Aufmerksamkeit auf gewisse Gebilde in abdomine und in den Bauchdecken gelenkt haben, die, klinisch durchaus den Charakter einer Geschwulst tragend, doch anatomisch als das Resultat einer mit starker Bindegewebsneubildung verlaufenden Entzündung sich erwiesen, — haben weitere Erfahrungen ergeben, daß die „Pseudotumoren" fast überall im Körper vorkommen können und, wo auch immer sie angetroffen werden, ätiologisch auf einen Dauerreiz zurückzuführen sind, sei er bakterieller Natur (Depot von Bakterien, Staphylokokken, Streptokokken und andere Eiterung erregende Bacillen), mechanischer (Fremdkörper), chemischer (Fettnekrose).

In der Mamma, in den Bauchdecken, in der freien Bauchhöhle, retroperitoneal (Perinephritis), an den Extremitäten sind solche Pseudotumoren beobachtet worden und haben viele Male Ursache zur Verwechslung mit gutartigen oder malignen Geschwülsten gegeben.

Die inzwischen auf diesem Gebiete gewonnenen Erfahrungen haben genug Unterscheidungsmerkmale herbeigeschafft, um in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle diagnostische Irrtümer vermeiden und den therapeutischen Eingriffen den Weg vorschreiben zu können — mit Ausnahme der abdominellen, die in ihren Erscheinungen vielfach so

wenig Charakteristisches zeigen, daß Verwechslungen nicht zu vermeiden sind.

Was den Ausgangspunkt und demgemäß den Sitz der abdominellen Tumoren betrifft, so kann jeder entzündliche Prozeß, gleichviel, welche Stelle der Wand oder des Inhalts der Bauchhöhle er befiel, unter geeigneten Umständen solche Geschwulst hervorbringen.

Nach ihrem Sitze lassen sich folgende Tumoren unterscheiden:

1. die der Bauchdecken,
2. Netztumoren,
3. die dem Magen-Darmtraktus angehörigen, und schließlich
4. gemischte Formen, das heißt solche, bei denen der Tumor gleichzeitig den inneren Organen und den Bauchdecken angehört.

Der Hauptanteil der Bauchdeckentumoren kommt den bekannten Schlofferschen Ligaturtumoren zu. Bei diesen spielen sowohl der Faden als Fremdkörper, wie auch die abgeschwächte Infektion zur Bildung des Tumors eine Rolle.

Abgesehen von diesen durch bei operativen Eingriffen zurückgelassenes Unterbindungs- und Nahtmaterial hervorgerufenen, bieten die im ganzen sehr selten vorkommenden Geschwulstbildungen, welche sich um zufällig eingedrungene Fremdkörper entwickelt haben, großes Interesse. Es handelt sich fast ausschließlich um versehentlich verschluckte spitze Gegenstände, welche nach längerem Verweilen im Körper, ohne ernste Krankheitserscheinungen zu machen, durch einen Darmteil in die Muskulatur der Bauchwand gelangt sind. Hier entsteht nun ein Neoplasma, welches ohne ernstere klinische Erscheinungen allmählich an Größe zunimmt. In der Regel führt nur die Tatsache, daß sich eine

äußerlich wahrnehmbare Vorwölbung in den Bauchdecken zeigt, die allenfalls geringfügige Schmerzen verursacht, den Kranken zum Arzt. Meistens ist seit dem Verschlucken des Fremdkörpers so viel Zeit vergangen, und hat der Kranke durch diesen ätiologischen Vorgang ursprünglich so wenig Beeinträchtigung gehabt, daß er sich dessen kaum erinnert. Bei der Untersuchung findet sich eine rundliche, mit den Bauchdecken unverschiebliche, meist glatte, diffus in ihre Umgebung übergehende Geschwulst, die große Ähnlichkeit mit dem Desmoid der Bauchdecken hat. Erst nach Exstirpation und Aufschneidung des Tumors entdeckt man als Centrum das Corpus alienum, welches gelegentlich von nicht geringer Größe ist.

In der Privatklinik von Prof. Karewski wurde einem Russen ein Bauchdeckentumor entfernt, in dessen Zentrum sich eine 8 cm lange Hechtgräte fand. Erst, als dem Kranken diese gezeigt wurde, erinnerte er sich, sie vor Jahren verschluckt zu haben. Die Gräte war fest in hartes fibröses Bindegewebe eingebettet, nicht wie sonst in einen granulierenden Kanal. Die Exstirpation konnte ohne Peritonealverletzung durchgeführt werden.

In der Literatur sind zahlreiche kasuistische Mitteilungen ähnlicher Art zu finden, jedoch bleiben die Neubildungen nicht immer auf die Bauchdecken allein beschränkt, sondern es können Verwachsungen mit den intraperitonealen Organen, die wiederum Adhärenzen als Produkt einer chronischen Peritonitis aufweisen, bestehen.

So ein Fall von Wagner [1]), der über einen großen Tumor der rechten Bauchseite berichtet, welcher mit Netz und Coecum verlötet war. Bei der Operation zeigte sich in der Mitte des Tumors ein Absceß, aus dem sich stinkender Eiter ent, leerte. In der Absceßhöhle fand sich eine Kabeliau-Kiemenspange.

Des weiteren fand Richter [2]) in der Mitte eines exstirpierten Tumors aus dem Unterbauche

[1]) M. m. W. 1902, Nr. 46.
[2]) W. kl. W. 1907.

zwei Eisendrahtstücke, sowie in einem anderen Falle einen Holzsplitter.

Die Vorbedingungen, welche für die Genese den Ausschlag geben, sind ohne weiteres verständlich: Spitzigkeit des Fremdkörpers, mangelnde Infektiosität, allmähliche Durchlochung der Darmwand müssen vorausgesetzt werden. Das Darmloch muß sich sofort wieder geschlossen haben ohne Austritt von Darminhalt in die Bauchhöhle. Es erfolgte Verklebung der Darmserosa mit dem parietalen Peritoneum; der Fremdkörper wandert durch die Fascie und Muskulatur, bleibt da liegen und wirkt als formativer Dauerreiz, welcher eine überreichliche Produktion von Bindegewebe hervorruft. So ist denn auch in der Regel bei der Exstirpation der Geschwulst eine, wenn auch nur circumscripte Eröffnung der Bauchhöhle nicht zu vermeiden, und es ist nötig, sorgfältig darauf zu achten, daß der adhärente Darm nicht verletzt wird.

Diesen zufällig entstandenen Fremdkörpertumoren der Bauchdecken analog sind, wie gesagt, diejenigen, welche als postoperative Ligaturtumoren bezeichnet werden. Ihnen sehr ähnlich sind aber auch diejenigen sehr seltenen Fälle, bei denen nicht ein Corpus alienum, sondern ein Bakteriendepot infolge vorangegangener Eingriffe in den Bauchdecken verankert ist. Seine Virulenz ist geringfügig: sie ist nicht imstande, den aseptischen Verlauf zu stören, aber sie genügt, um eine chronische Inflammation zu unterhalten. Oft ohne Beschwerden, gelegentlich mit Klagen über Narbenschmerzen entwickelt sich nach mehr oder minder langer Zeit in oder in der Nähe der Narbe eine Geschwulst, die schließlich, den Erscheinungen nach dem Desmoid gleichend, Anlaß zu operativen Eingriffen wird, und zwar deswegen, weil sie den Verdacht einer

spécifischen Infektion (Aktinomykose, Tuberkulose) oder eines sarkomatösen Tumors erwecken.

Als Prototyp einer rein intraperitonealen Bauchgeschwulst sind die entzündlichen Tumoren des Netzes zu nennen. Ihre Entstehung verdanken sie durchaus dem gleichen Moment, wie die schon beschriebenen. Fast ausnahmslos spielt der Fremdkörper die wesentliche Rolle, aber er ist nicht zufällig in den Körper gelangt, sondern eine zu Heilzwecken, welche Unterbindung von Gefäßen erfordert, angewandte Operation am Netz hat das Irritament hineingebracht. Die Wirkung ist die gleiche, wie die von zufälligen Fremdkörpern.

Nach Braun[3]) sind die Ursachen für diese Bildungen entweder die Tatsache, daß nicht streng aseptisches Unterbindungsmaterial verwendet wurde, oder weil die Unterbindung in bereits entzündeten infizierten Netzpartien vorgenommen oder der Netzstumpf während der Operation infiziert wurde. Das Netz kann jedoch auch ohne vorangegangene Unterbindung durch ein incarceriert gewesenes Darmstück infiziert worden sein. Indessen kann das gleiche Ereignis auch ohne bakterielle Einwirkung auftreten — auf der Basis spontan entstandener Fettnekrose (chemischer Reiz).

Schmieden[4]) beschreibt einen Fall von entzündlichem Netztumor ohne vorangegangene Unterbindung mit ausgedehnten Verwachsungen von Darmschlingen unterhalb des Tumors. Mikroskopisch erwies sich dieser als schwieliges Gewebe von wenig entzündlichem Charakter (Untersuchung von Westenhöfer), dazwischen Fettnekrose. Die Schwielenbildung ist jedenfalls als sekundär zu betrachten; die Fettnekrose führte man

[3]) Arch. f. Chir., Bd. 63.
[4]) B. kl. W. 1913, S. 908.

auf thrombotische oder embolische Vorgänge mit nachfolgender Ernährungsstörung oder nach Blutungen oder Netztorsionen mit unvollständiger Abschnürung zurück. Jedenfalls glaubte Schmieden nicht an den infektiösen Charakter der Neubildung, da er es für unwahrscheinlich hielt, daß die Infektion vom Darmlumen herrührt.

Küttner veröffentlichte einen Fall von Netztumor in der Gallenblasengegend, dessen Ursache sich als Fettnekrose mit entzündlicher Neubildung im Netz erwies. Es waren peritonitische Erscheinungen vorhanden, weswegen die Neubildung zuerst als Gallenblasentumor gedeutet wurde.

Nach Küttner und Schmieden sind besonders Fettleibige diesen Fettnekrosen ausgesetzt, ein Umstand, der im Einklang steht mit Beobachtungen bei den adäquaten, unter Anderen von Küttner beschriebenen Fällen von Mammatumoren, in deren Mitte Erweichungsherde und Fettsäurekrystalle gefunden worden sind, denn auch diese betreffen hauptsächlich fettleibige Personen. Möglicherweise hat man jedoch hier eine andere Ätiologie, wahrscheinlich ein Trauma anzunehmen, durch welches eine zirkumskripte Fettnekrose verschuldet wurde.

Wie dem auch sei —, die häufigste Gelegenheit zur Bildung von Netztumoren gibt die Abtragung von Netz bei Hernienoperationen. Die Geschwulst kann unmittelbar nach dem Eingriffe sich bemerkbar machen, sie kann aber auch mitunter noch lange Zeit, nachdem die Heilung ohne Zwischenfall vollendet war, zustande kommen, so daß wohl der Zusammenhang verkannt werden kann.

So folgender typischer Fall:

21 jähriger Kaufmann wird im Juli 1910 wegen linksseitiger großer irreponibler Skrotalhernie der Radikaloperation unterworfen. Der Bruchsack

ist einem großen Stück Netz adhärent, das reseziert werden muß. Seidenligaturen. Bassini. Heilung per prim. int.

Januar 1911 häufig auftretende Bauchschmerzen, namentlich bei der an sich unregelmäßigen Defäkation. Man stellt einen überfaustgroßen etwas höckerigen Tumor in der linken Unterbauchseite fest, der ziemlich frei beweglich ist. Keinerlei Erscheinungen von seiten des Darmes, keine okkulte Blutungen, keine Stenose, Röntgenuntersuchung negativ, keine Fieberung. Es wird Pseudotumor des Netzes angenommen und mit Rücksicht auf den Mangel ernsterer Erscheinungen konservativ behandelt. In der Tat kam die Geschwulst bei Bettruhe, heißen Umschlägen und geregelter Darmtätigkeit zu völliger Resorption; auch entstand kein Rezidiv.

Man sieht also, daß solche Geschwülste nicht durchaus blutig beseitigt werden müssen: sie können unter geeignetem Verhalten des Kranken spontan rückgängig werden, vermutlich dann, wenn, wie im obigen Falle, die Unterbindungen völlig aseptisch geblieben sind. Unter anderen Verhältnissen muß aber laparotomiert werden und, wenn auch oft die Entfernung der Ligatur genügen dürfte, so kann gelegentlich neue Netzresektion erforderlich sein, oder sogar bei ausgedehnten Verwachsungen der Därme miteinander — Enteroanastomose (Schmieden) [5]).

Es kann natürlich auch im Anschluß an intraabdominelle Operationen, die das Netz beteiligen, dieses zu Wucherungsprozessen veranlaßt werden; ferner wird — ganz wie in dem oben genannten Falle von Braun — eine primär vom Darm ausgehende, eitererregende Keime führende Affektion ohne Fremdkörper denselben Effekt haben können. Als bemerkenswerter Fall dieser Art sei folgender kurz erwähnt:

Soldat, dem vor drei Monaten von anderer Seite wegen akuter Appendicitis der W. F. entfernt worden ist, wurde trotz schneller guter Heilung nicht beschwerdefrei. Im Lazarett von

[5]) B. kl. W. 1913.

Prof. Karewski wird als substantielle Ursache seiner andauernden Klagen eine Geschwulst der Ileocöcalgegend gefunden, die durchaus wie eine perityphlitische vor einem Eingriff beschaffen war. Bei der Relaparotomie wird ein Netztumor von Faustgröße gefunden, der fest mit dem Coecum verwachsen ist, aber ohne erhebliche Schwierigkeiten entfernt werden kann. Im Innern, nahe der unteren peripheren Grenze saß ein erbsengroßer Absceß im Granulationsgewebe. — Volle Genesung.

Also, auf Grund einer akuten Appendicitis hat eine Infektion des Netzes stattgefunden, die nach glücklichem postoperativen Verlauf der Krankheit eine Bindegewebshyperplasie im Netz veranlaßte.

Viel schwerer in bezug auf die Diagnose und viel bedeutungsvoller in bezug auf die klinische Beurteilung sind die Pseudotumoren, welche sich intraperitoneal an Teilen des Magen-Darmtraktus entwickeln, von denen wir wissen, daß sie als Prädilektionsstellen für maligne und tuberkulöse Neubildungen zu gelten haben. Ihr Sitz ist entweder die Flexura sigmoidea oder die Ileocöcalgegend, ohne daß aber ausgeschlossen wäre, daß gelegentlich mal andere Punkte, welche ulcerös langsam zerstört sind, zur Ursprungsstätte einer entzündlichen Geschwulst werden.

So fand Eivind Platou [6]) bei einer Probelaparotomie wegen Tumors im Leibe Geschwulstmassen, die sich bei der Sektion als chronisch-entzündlicher Prozeß, ausgegangen von Geschwüren im Ileum, erwiesen.

Aber solche sind im allgemeinen durch den vorgängigen Krankheitsverlauf und durch noch bestehende örtliche Erscheinungen genügend charakterisiert, um ohne weiteres erkannt werden zu können.

Ganz anders liegen die Dinge, wenn es sich um das Colon pelvinum handelt: hier ereignet sich (allerdings sehr selten), daß ein chronisch-dysenterischer Prozeß die Darmwand langsam durchbohrt und

[6]) Zbl. f. Chir. 1918, S. 622.

entweder gar keine oder nur so geringfügige Eiterung mit massenhafter Bindegewebswucherung hervorruft, daß der Anschein eines mit der Umgebung verwachsenen Carcinoms sich aufdrängt. Dieses um so mehr, als die klinischen Erscheinungen (Blut und Eiter im Stuhl, Tenesmen, Abnahme der Körperkraft) die gleichen sind.

Nach Arnsperger[7]) „kommen an der Flexura sigmoidea subakute und chronische lokalisierte Entzündungsprozesse vor, die zur Ausbildung großer Tumoren führen können, welche gegen den gesunden Darm scharf abgegrenzt, von harter Konsistenz mit Neigung zu Verwachsungen mit der Nachbarschaft völlig den Eindruck von Carcinomen machen können".

Die Ähnlichkeit dieser Tumoren mit malignen ist so groß, daß selbst bei der Operation die Verhältnisse noch unaufgeklärt bleiben und über den entzündlichen Charakter erst die mikroskopische Untersuchung Aufschluß gibt.

So auch lenkte Braun auf dem Chirurgenkongreß 1908 die Aufmerksamkeit der Fachkollegen auf entzündliche Dickdarmtumoren, die mit Ca verwechselt worden sind.

Hin und wieder manifestiert nun der Verlauf des anscheinend inoperablen und völlig aussichtslosen Leidens seine wahre Beschaffenheit, dann nämlich, wenn später Eiterung in ihm auftritt, welche sogar schließlich Spontanheilung ermöglicht.

Wir geben einen Auszug einer Krankheitsgeschichte aus der Klinik von Prof. Karewski wieder:

Fr. F., 63 Jahre. Lange andauernde Darmbeschwerden, Verstopfung, zeitweise Bauchkoliken, Wechsel mit Diarrhöen, okkulte Blutungen, allmähliche Entwicklung eines faustgroßen, schmerzhaften, harten Tumors etwas nach oben von der Spina iliaca anterior superior links, der

[7]) Mitt. Grenzgeb. Bd. 21, S. 571.

durchaus den Eindruck eines Carcinoms macht und so fest mit seiner Umgebung verwachsen ist, daß an eine Exstirpation nicht zu denken ist. Nach einigem Bestehen der Geschwulst Fieberung, Steigerung der lokalen Schmerzen und in etwa zehn Tagen Zeichen eines Durchbruchs nach außen. Es wurde die Perforation eines Carcinoms nach außen angenommen. Bei der Inzision gelangte man durch eine Schwarte, die mit dem parietalen Peritoneum verwachsen war, auf einen Absceß. Wider Erwarten Heilung auf dem Umwege einer Kotfistel.

Hier hat es sich offenbar um eine rein örtliche ulzeröse Colitis mit peritonitischen Schwartenbildungen gehandelt. Im übrigen ist der eitrige Zerfall nicht etwa ein Beweis für Benignität solcher Neubildungen; auch maligne Dickdarmtumoren können in langsamer Perforation zu Abscebbildung führen. Erst der günstige Ausgang gibt den Beweis der eigentlichen Ursachen.

Abgesehen von der einfachen ulzerösen Colitis, kann ausnahmsweise auch Darmlues das Bild eines Carcinoms vortäuschen.

Da derartigen Vorkommnissen, auch neben dem Interesse der Rarität eine ganz besondere diagnostische und therapeutische Bewertung zukommt, mag als Beispiel eine einschlägige Beobachtung geschildert werden:

49jähriger Kranker, der vor 20 Jahren Lues gehabt hat. Seit drei Jahren Wechsel zwischen Diarrhöe und Verstopfung. Seit einem Jahre zunehmende Schmerzen in der linken Unterbauchgegend. Es gesellte sich Abgang von Schleim und Blut mit dem Kot hinzu. Es wurde bemerkt, daß der Stuhl Bandform annahm.

November 1914. Aufnahme ins Krankenhaus der jüdischen Gemeinde. Die linke Bauchhälfte ist stärker prominierend als die rechte. Man fühlt entsprechend dem Verlauf des Colon sigmoideum eine derbe, schmerzhafte Resistenz, die sich bis zur Höhe der Nabelhorizontale nach oben erstreckt. Im Douglas mäßig großer Knoten,der als Drüse angesprochen wird. Sonst ohne Befund.

Es wurde Carcinom der Flexura sigmoidea angenommen und Radikaloperation beschlossen:

Nach Eröffnung der Bauchhöhle ergibt sich eine harte knollige Geschwulst, der Flexura sig-

moidea angehörig, welche mit den umgebenden Darmschlingen und Netz in weitgehender Weise verwachsen ist. — Bei dem Versuche, den Tumor mobil zu machen und von der Umgebung zu befreien, ist es nicht zu vermeiden, daß an einer Stelle eine ausgedehnte Serosaablösung vom Dickdarme passiert, und zwar gerade an einer Stelle, wo der Tumor bereits die Darmwand zu durchbrechen im Begriff ist. Es ergibt sich die vollkommene Unmöglichkeit, den Tumor zu entfernen, und aus diesem Grunde wird die Bauchhöhle geschlossen, nachdem eine fortlaufende Serosanaht über die lädierte Stelle gelegt war. Zur Sicherung Einführung eines Vioformstreifens.

Im weiteren Verlauf entwickelt sich offenbar von dem genannten Defekt her eine Kotfistel. Patient verläßt das Krankenhaus vor Schluß der Fistel auf eigenen Wunsch.

Einige Monate später teilt Patient mit, daß er nach Gebrauch einer Schmierkur vollkommen geheilt ist. Die Kur ist unternommen worden, nachdem die Wassermannsche Reaktion als positiv von anderer Seite festgestellt worden war.

Solche Vorkommnisse mahnen dazu, in keinem Falle die Wassermannsche Blutuntersuchung zu unterlassen, selbst wenn klinisch alle Erscheinungen des Carcinoms vorliegen; denn auch auf der Basis gummöser Ulceration entwickelt sich bekanntlich sehr leicht Krebs, und es kann zur Heilung wohl Operation und antisyphilitische Therapie geboten sein, es kann aber auch bei weniger dringlicher Indikation vorerst der Versuch antisyphilitischer Therapie gemacht werden — und von Heilerfolg begleitet sein. Atypische Epithelwucherungen in der Umgebung eines syphilitischen Ulcus könnte unter Umständen selbst bei Probeexcision zur Fehldiagnose führen, also einen operativen Eingriff veranlassen, der nicht nur überflüssig ist, sondern nicht mal sein Ziel erreicht.

Ein circuläres Ulcus 10 cm oberhalb der Analöffnung war als stenosierendes Ca in die Behandlung Prof. Karewskis geschickt worden. — Probeexzision ergab in der Mitte des Ulcus nur kleinzellige Infiltration, an den callösen Rändern dem Adenom ähnliche Bildungen, deren bösartiger Charakter aber nicht ganz sicher zu sein schien. Hinweise auf die Möglichkeit von Syphilis und

die daraufhin angestellte Wassermannsche Serountersuchung zeigten den Weg für die Therapie, die ohne Eingriff Genesung brachte.

Selbst die Rektomanoskopie ist nicht imstande, vorausgesetzt, daß sie überhaupt die geschwürige Veränderung zu Gesicht bringt, eine sichere Erkennung zu gewährleisten, ganz abgesehen davon, daß in diesen Fällen diese Methode mit großer Vorsicht gehandhabt werden muß; denn sie läßt sich nicht ohne gewisse Gewaltanwendung ausführen, und es können Adhäsionen, welche den Herd nach der Umgebung abschließen, zerreißen, so daß die Gefahr einer Peritonitis nicht fernliegt.

Das größte Kontingent entzündlicher Abdominaltumoren stellt die Ileocöcalgegend — der „Wetterwinkel" des Magen-Darmtraktus. Hier, wo auch die Tuberkulose, Aktinomykose, vor allem aber das Carcinom so häufig Geschwulstbildung erzeugen, trifft man auf Neoplasmen, welche in ihrem Aussehen und nicht weniger in ihren klinischen Erscheinungen durchaus den Charakter der durch spezifische Infektion oder durch maligne Neubildungen erzeugten ähneln. Ihre Ursprungsstätte ist entweder — und zwar in der Mehrzahl der Fälle — die Appendix oder aber das Typhlon.

Das zahlenmäßige Verhältnis des Ausgangspunkts dürfte sich genau so stellen, wie die Proportion der primären Appendicitis zur primären Typhlitis.

Wenn auch diese Pseudotumoren zahlreich im Vergleich zu den Pseudotumoren überhaupt sind, so ist dennoch ihre Gesamtzahl keine große.

Als erster deutscher Autor, welcher über solche Fälle berichtet, ist von Bergmann (Riga) zu nennen. Er betonte in seiner Arbeit [8]), daß sie leicht mit den

[8]) St. Petersburger m. W. 1911, S. 512.

an sich viel häufigeren Cöcaltumoren verwechselt werden, und erst die beabsichtigte Entfernung des Tumors oder gar erst die mikroskopische Untersuchung den wahren Charakter aufdeckt.

Wir haben zwei große Gruppen prinzipiell zu unterscheiden: solche, bei denen mit Sicherheit eine Appendicitis vorangegangen ist, und solche, bei denen die ursächliche Krankheit, okkult verlaufend, die gleichen sekundären Folgen erzeugt hat. Kann bei ersteren über die Genese der Geschwulst nur selten ein Zweifel entstehen, so bereiten die anderen sehr ernste Bedenklichkeiten der Erkennung. Beide aber haben ätiologisch die gleiche Erklärung, und bei beiden finden wir am kranken Organ und in dessen Umgebung analoge anatomische Veränderungen. — Ebenso verhält es sich mit den klinischen Erscheinungen. In dem einen, wie in dem anderen Falle stellt sich der Untersuchung ein Tumor in der Ileocöcalgegend dar, der einigermaßen beweglich oder mit der Umgebung verwachsen ist. Er kann häufig monatelang bestehen, ohne Beschwerden zu verursachen. Bei Wachstum des Tumors entwickeln sich Störungen in der Kotpassage, und bei weiterem Bestehen ohne Behandlung kann es zur Kachexie und zu Ileuszuständen (schwere Koliken und Okklusionskrisen oder voller Darmverschluß), wie bei malignen Tumoren kommen. Dabei sind diese Geschwülste von wechselnder Größe, nicht nur, daß je nach dem Grad ihrer Kotfüllung ihre Prominenz verschieden ist, sondern es entstehen auch entzündliche Schwellungen.

Genau so, wie das Carcinom dieser Gegend durch anfallsweises Auftreten von Schmerzen und Schwellungszuständen überaus ähnlich einer rezidivierenden Appendicitis werden kann, in gleicher Weise kann diese echte Appendicitis infolge ihrer

Äußerung als geschwulstartige Neubildung die Verwechslung mit Carcinom veranlassen.

Es kann aber auch die gleiche Wechselbeziehung mit Tuberkulose des Coecums diagnostische Irrtümer verschulden, während Aktinomykose wohl kaum Fehlschlüsse zulassen wird, weil dann bereits ausgedehnte Verwachsungen mit den Bauchdecken und Beckenorganen vorhanden zu sein pflegen, — ferner die gesamte Umgebung des Herdes in die charakteristischen starren, harten diffusen und schrankenlos fortschreitenden Schwarten verwandelt ist, und endlich die alsbald auftretenden kleinen Abscedierungen oder sogar Fistelbildungen zweifellose Erkennungsmerkmale gewähren.

Die Differentialdiagnose der hier in Rede stehenden Pseudogeschwülste von Krebs — also weder tuberkulöser, noch aktinomykotischer Geschwülste — wird im wesentlichen gestützt durch den Mangel an Symptomen, welche jenen zukommen. Es fehlen die okkulten Blutungen, nur selten besteht Wechsel zwischen Diarrhöen und Obstipationen, und vor allen Dingen ergibt die Röntgenuntersuchung nicht die Aussparungen in der Darmzeichnung. Aber so wenig wie das Fehlen dieser Symptome mit Sicherheit Carcinom und Tuberkulose ausschließen, so wenig kann ihr Bestehen als ein absoluter Beweis gegen die rein entzündliche Natur des appendicitischen Pseudotumors verwendet werden. Nur wird in solchen zweifelhaften Fällen die Herkunft von einer Appendicitis immer dann in Betracht gezogen werden können, wenn anamnestisch erwiesenermaßen eine echte appendicitische Attacke der Entstehung vorangegangen ist, und zwar um so mehr, je näher zeitlich der Anfall der Entwicklung des Tumors liegt. Dann wird die Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer

Pseudogeschwulst sich aufdrängen, aber diese wird um so schwieriger, je länger das Intervall ist, und sie kann zur Unmöglichkeit werden, wo eine schleichend symptomlos verlaufende Appendicitis die Ursache letzten Endes gewesen ist. — Diese Tatsache harmoniert durchaus mit dem, was wir überhaupt über chronische Appendicitis wissen. Auch hier kennen wir Formen, welche im Anschluß an einen akuten Anfall Darmbeschwerden verursachen. Diese aber tragen nicht das Wesen der chronischen Appendicitis an sich, sondern verursachen entweder lokale Erscheinungen gestörter Darmtätigkeit mit dauernden oder kolikartigen Schmerzen oder äußern sich in der Art rezidivierender Wurmfortsatzentzündung oder schließlich — es fehlen bei ihnen örtliche Erscheinungen überhaupt und es bestehen nur Störungen, welche entfernt vom Organ liegen (Verwechslung mit Cholecystitis, Duodenalgeschwür, Ulcus ventriculi und so fort). Auch bei der chronischen Appendicitis bleiben sich also die anatomischen Befunde am und um den Wurmfortsatz so ähnlich, daß die Ursache der klinischen Differenz kaum zu ergründen ist. Ebenso fehlt eine zutreffende volle Erklärung dafür, warum das eine Mal auf der Basis des gleichartigen endoappendicitischen Herdes gar keine peritonitische Reaktion, das andere Mal eine progressive Eiterung, dann wiederum eine zirkumskripte oder diffuse peritonitische Beteiligung adhäsiven Charakters folgt, die in Ausnahmefällen zur Bildung des Pseudotumors Anlaß gibt.

Man nimmt im allgemeinen wohl mit vollem Recht an, daß der Grad der Virulenz der vom Wurmfortsatz ausgewanderten Keime und deren toxische Wirkung die Ursache der Differenz ist. Man war aber bisher nicht in der Lage, den vollgültigen Beweis dafür zu erbringen.

Jedenfalls sind die giftigen Wirkungen des Herdes imstande, eine örtliche fibroplastische Wirkung auf seine Umgebung auszuüben. Eiterung fehlt entweder gänzlich oder ist äußerst geringfügig, aber eine mächtige Bindegewebswucherung antwortet auf den entzündlichen Reiz oder entwickelt sich um einen kleinen Absceß. Sie beschränkt sich manches Mal auf die Serosa der Appendix oder sie greift auf die benachbarten Darmschlingen über oder sie kann nach Verklebung des kranken Organs mit dem Peritoneum parietale auf die vordere oder hintere Bauchwand überwandern. Der Effekt ist die Entstehung einer Geschwulst, die in der Ileocöcalgegend intraperitoneal angetroffen wird, oder eine, welche in die Bauchdecken, respektive in das retroperitoneale Gewebe hineingewachsen ist. Ist ein Anfall von akuter Appendicitis sicher festgestellt worden, bevor die Neubildung entstand, so kann deren Charakter kaum verkannt werden, gleichviel, ob der Tumor innerhalb der Abdominalhöhle liegt oder in die Bauchdecken respektive auf das retroperitoneale Bindegewebe eingedrungen ist. Auch verdienen diese Fälle, sofern sie unmittelbar oder kurze Zeit nach Appendicitis auftreten, gar nicht die Bezeichnung eines Pseudotumors: ihre Wesenheit ist so auf der Hand liegend, die Genese so offenkundig, daß nur noch die Tatsache der überwiegenden Bindegewebshypertrophie an Stelle der Eiterung von Interesse bleibt. Bemerkenswert ist, daß mitunter nach Appendektomie im akuten Anfalle mit glücklichem Verlauf der Endausgang in Geschwulst erfolgt. — Unter mehreren solchen Fällen sei hier nachstehender mitgeteilt:

Sch., 20 Jahre. Vor $1^1/_2$ Jahren bekam Patient plötzlich eines Tages sehr heftige Schmerzen in der Blinddarmgegend mit Erbrechen, Temperatur

bis 38°; der Anfall dauerte höchstens nur vier bis fünf Tage.

Status 9 Uhr abends: Der Leib ist gar nicht wesentlich gespannt, fühlt sich im Gegenteil eher weich an. Es besteht aber eine erhebliche Einziehung des Bauches. Schmerzhaftigkeit auf Berührung überall. In der Ileocöcalgegend fühlt man eine bleistiftdicke Härte, die sehr druckschmerzhaft ist.

23. Mai 10 Uhr 30 Min. Operation: Sprengel-Wechsel-Schnitt. Durch das Peritoneum sieht man schon Exsudat durchschimmern und nach Eröffnung des Peritoneums fließt massenhaft seropurulente Flüssigkeit aus. Dünndärme liegen vor, heftig injiziert. Das Coecum zeigt eine hämorrhagisch verdickte Wand. Der Wurmfortsatz enthält ein Empyem mit Steinen hinter einer stenosierten Narbe dicht an seiner Abgangsstelle.

Zunächst guter Verlauf, aber Entstehung einer kleinen Fistel, welche nicht heilen will, weder Kot, noch Luft entleert. — Allmählich entwickelt sich eine harte knollige Resistenz, die nur rektal zu fühlen ist und nach fünf Monaten die Größe einer Faust erreicht hat. Trotz aller konservativen Heilversuche tritt keine Besserung ein. — Eine Auskratzung von der Fistel her entdeckt weder eine vermutete Ligatur, noch führt sie zum Ziel. — In der nächsten Zeit zeitweises Aufhören der Sekretion, allmähliche Abnahme des Rektaltumors, aber kein voller Verschluß der Fistel, so daß nach wiederum vier Monaten eine ausgedehnte Freilegung vorgenommen wird, bei welcher man auf alte Schwarten kommt, in denen man auch eine Ligatur findet. — Heilung mit Verschwinden der alten Exsudatmassen.

Derartige postoperative Bildungen haben, abgesehen von ihrer Seltenheit, gar nichts eigenartiges an sich, geben aber einen guten Hinweis auf die Entstehungsursache derjenigen Pseudogeschwülste, welche, ohne daß mit dem Messer interveniert wurde, zustande kommen. Man bedarf dazu durchaus nicht des Begriffs der fibroplastischen Diathese (wie Laewen will): es handelt sich ausschließlich um die Fortwirkung eines restierenden abgeschwächten Virus.

Ein Analogon zu diesen Prozessen kennen wir in der Form der diffusen chronischen adhäsiven Peritonitis, welche auf der Basis einer Überschwemmung der Bauchhöhle mit wenig virulentem Material

entstanden ist. Hat ein Austritt von relativ gutartigen Keimen oder Toxinen sich alsbald durch feste Verwachsungen von der freien Bauchhöhle abgekapselt, so bleibt ein abgeschlossenes infektiöses Depot übrig, das als formatives Irritament wirkt. Der Herd selbst hat sich klinisch nicht deutlich kundgegeben: er rief nicht die typischen Erscheinungen der akuten Appendicitis hervor und fand entweder gar keine oder eine falsche Erklärung, wenngleich Hinweise auf seine Natur vorhanden gewesen sind. Als Beispiel mögen folgende besonders prägnante Fälle [9]) gelten:

Frau F., 60 Jahre, hatte vor 16 Jahren Typhus. Die jetzige Krankheit soll seit fünf Jahren bestehen. Patientin leidet an vielfachen heftigen Bauchschmerzen und häufigem Erbrechen, sowie Stuhlverstopfung. Zeiten geringer Besserung wechselten mit solchen wesentlicher Verschlechterung ab. Einmal soll Eiter im Stuhlgang bemerkt worden sein, auch soll mal Fieber vorhanden gewesen sein. Fortschreitende Abmagerung. Seit einiger Zeit bemerkt Patientin in der rechten unteren Leibeshälfte eine Geschwulst. Blut im Stuhlgang wurde niemals festgestellt. Die anamnestischen Angaben sind sehr ungenau.

Aufnahmestatus: Magere, elend aussehende Frau mit gesunden Brustorganen. Leber, Milz nicht vergrößert. Abdomen weich, rechts stärker aufgetrieben als links. Rechts in der Beckenschaufel — eine höckerige, rundliche Geschwulst, an die von allen Seiten gurrende Darmschlingen herantreten. Dieselbe ist hart, etwas beweglich, von geringer Schmerzhaftigkeit, anscheinend von wechselnder Größe; manches Mal, wenn sie besonders groß erscheint, verkleinert sie sich bei der Untersuchung unter Gurren. Sie ist bimanuell zu fühlen, reichlich faustgroß, vom Beckenrande gut abgrenzbar. Ihre unebene Oberfläche zeigt reichliche Prominenzen. Deutliche Beziehungen zum Uterus nicht nachweisbar.

Diagnose: Chronische Perityphlitis oder Krebs des Coecums, der mit Dünndärmen vielfach verwachsen ist.

11. September: Probelaparotomie in der Mittellinie bei Beckenhochlagerung. Man findet ein Konvolut Dündärme, die, miteinander und mit dem Coecum verwachsen, inmitten einer

[9]) Arch. f. klin. Chir., Bd. 68, H. 1. „Über diffuse adhäsive Peritonitis infolge von Appendicitis“ von Dr. Karewski, Fall XIII.

granulösen, sukkulenten, unebenen, tumorartigen Masse liegen. Das Mesenterium sehr kurz und dick mit reichlichen Knoten (Mesenterialdrüsen vergrößert). Der Befund gleicht der Vorstellung eines malignen Tumors des Coecums. Teils, um diesen eventuell zu resezieren, teils aber auch zur absoluten Sicherung der Diagnose wird ein Querschnitt hinzugefügt. Die adhäsiven Prozesse reichen bis zur Leber. Bei Ablösung der Darmschlingen wird der Wurmfortsatz sichtbar, der fingerdick mit an der Spitze gelegener kolbenförmiger Auftreibung den Mittelpunkt des ganzen Prozesses bildet. Die tiefgehende Abtrennung der Adhäsionen legt nirgends eigentliche Tumormassen frei; das Coecum ist verdickt, aber durchaus nicht geschwulstartig verändert. — Typische Resektion und Versorgung des Processus vermiformis. Derselbe enthält innerhalb der starren, sehr dicken Wand schleimig-eitrige Flüssigkeit, an seiner Spitze eine weiße Narbe.

Guter Verlauf, der nur durch eine tiefe Nahtnekrose verzögert wird. 6. November wird die Patientin in jeder Beziehung geheilt entlassen.

Mit Sicherheit konnte vor der Operation Karcinom nicht ausgeschlossen werden. Zeitweises Fieber und Eiterentleerungen aus dem Darme ließen die Wahrscheinlichkeit einer atypischen Appendicitis zu.

Wilhelmine W.[10]), 11½ Jahre, wird im September 1897 zugeführt wegen einer Geschwulst in der rechten Bauchseite, die sich seit einem Jahre entwickelt und das Kind sehr von Kräften gebracht haben soll. Das Mädchen hat häufig Leibschmerzen, bricht leicht und leidet oft an Stuhlverstopfung. Der Tumor soll auch dann größer als gewöhnlich sein. Hin und wieder bestehen Blasenbeschwerden, Bettnässen. Nie Fieber; das Kind ist dauernd imstande gewesen, die Schule zu besuchen, hat aber im letzten Jahre drei Pfund an Gewicht abgenommen.

Aufnahmestatus: Reichlich faustgroßer höckriger, auf Druck wenig empfindlicher Tumor, der die rechte Bauchhälfte bis zum Lig. Poupartii ausfüllt, nicht beweglich ist, am Rande deutlich gurrende, oft sich heftig bewegende Darmschlingen zeigt; übriges Abdomen meteoristisch aufgetrieben, Blase übermäßig gefüllt, steht sehr hoch. Per Rectum kann man den Tumor gerade noch mit dem Zeigefinger erreichen.

Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Großes eingedicktes Exsudat und vielfache Darmverwachsungen infolge von Tuberkulose des Coecums.

[10]) Karewski, Fall XII.

oder von latenter Perityphlitis. — Probeincision abgelehnt.

Vom August 1898 an rapide Verschlechterung des Zustandes: viel Koliken, häufiges Erbrechen, zeitweise Harnverhaltung, die Katheterisieren erfordert. 28. Oktober ist der Tumor durch den über den ganzen Bauch ausgedehnten Meteorismus verdeckt, aber deutlich per rectum zu fühlen. Er ist hart elastisch anzufühlen, fluktuiert nicht. Blase enthält einen halben Liter Urin, seit drei Tagen keine Flatus, kein Stuhlgang. Gelbliches (Dünndarminhalt) Erbrechen. Temperaturen bis 38°. — Magenausspülung und Ölklistiere bringen Vomitus zum verschwinden, führen Darmentleerung herbei. Opium läßt Koliken verschwinden; aber schon nach drei Tagen Wiederholung der Ileussymptome, deshalb unter der Diagnose „Perityphlitis".

1. Oktober: Operation: Nach Eröffnung der Bauchdecken gelangt man auf eine sehr dicke, starre, weißliche Peritonealschwarte, die sehr vorsichtig durchtrennt wird, um Darm- und Blasenverletzungen zu verhüten; schließlich gelangt man auf schwartig verdicktes Netz, das wohl 3 cm dick ist. Als auch dieses durchschnitten ist, erscheint ein walnußgroßer Absceß, der zum Coecum führt. Von hier aus läßt sich dann der nach links hinter dem Uterus gelegene, 8 cm lange, fingerdicke, überall mit Dünndarmschlingen verwachsene Proc. vermiformis entwickeln.

10. Dezember völlig geheilt entlassen.

Dezember 1901 stellt sich das Kind in blühendem, durchaus gesunden Zustande wieder vor.

Das jugendliche Alter, die Blasenbeschwerden sprachen für entzündliche Genese; Tuberkulose konnte nicht ausgeschlossen werden, es fehlten aber deutliche Hinweise.

Viel größer, fast unüberwindlich werden die diagnostischen Schwierigkeiten, wenn das Leiden ganz latent verläuft, alle Symptome von Perityphlitis fehlen und mehr Zeichen von Darmstenose das klinische Bild beherrschen. So z. B. folgender Fall:

Frau F., 55 Jahre, hat früher Gallensteinkoliken gehabt und leidet seit Jahren an Verstopfung; in letzter Zeit wiederholt krampfartige Schmerzen in der Ileocöcalgegend. 7. Oktober 1916 plötzlich sehr heftige Attacke von Schmerzen, die bis zum Rippenbogen ausstrahlen. Ikterus, wiederholtes Erbrechen, Temperatur bis 37°. Nach drei Tagen Nachlassen der akuten Erscheinungen, nur

noch Obstipation und zeitweise Koliken. Kein Fieber. Wohlbefinden.

Bei der Untersuchung am 10. Oktober läßt sich im mäßig aufgetriebenen Abdomen eine höckerige harte Geschwulst oberhalb des Lig. Poupartii nachweisen, deren untere Grenze gerade noch per vaginam zu fühlen ist, und die im ganzen den Umfang einer Faust hat. Rektal kein anderer Befund als vaginal.

Da keine dringende Indikation vorliegt, die Vorgänge nicht mit Sicherheit auf eine einfache Appendicitis schließen lassen, sondern der Verdacht eines Carcinoms des Coecums offenlassen, abwartendes Verhalten. Weitere Beobachtung zeigt, daß okkulte Blutung mangelt, röntgenologisch kein Befund zu erheben ist, die Geschwulst zwar im ganzen kleiner wird, aber je nach Füllung der Därme an Umfang wechselt. Sie wird allmählich ein wenig beweglich, behält aber ihre Konsistenz und Form. Schließlich gewinnt die Vorstellung, daß es sich um eine chronische Appendicitis mit herangezogenem, entzündlich verändertem Netz handelt. Patientin wird unter der Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Perityphlitis", aber doch unter dem Verdacht eines Carcinoms des Coecums, operiert.

13. November: Operation: Es ergibt sich eine unebene dicke Schwarte, an die das unveränderte Netz herangezogen ist, nach dessen Lösung die kurze dicke Appendix erscheint, welche in dem Pseudotumor eingebettet ist. Bei seiner Herauslösung findet man in seinem Lager kreidige, gelbe, trockene Massen (eingedickter Eiter!), die sich auch in die fibröse Schicht hineinerstrecken.

Bei all diesen Fällen mußte die Diagnose in dubio gelassen werden; indessen war der Mangel okkulter Blutung, der negative Röntgenbefund wohl geeignet, die Krebsdiagnose anzuzweifeln. Nun kann es sich aber ereignen, daß auch das Resultat dieser diagnostischen Methodik im Stich läßt und, obgleich sie positiv ausfällt, dennoch ein Pseudotumor vorliegt, wie beispielsweise folgender Fall zeigt:

23jähriger Mann hat angeblich vor einem Jahr Unterleibsentzündung im Anschluß an Influenza gehabt, die nach mehrwöchigem Krankenlager geheilt ist. In der folgenden Zeit Obstipation, abwechselnd mit Diarrhöe, häufige Koliken und Erbrechen, kein Fieber, auch sonst keine ernsten Erscheinungen bis auf Abmagerung. Seit sechs Wochen Zunahme der Beschwerden, namentlich der Obstipation, die sich zeitweise zu Okklu-

sionskrisen steigert. Verschlechterung des Allgemeinzustandes.

November 1908: Feststellung einer Geschwulst in der Ileocöcalgegend von unebener Oberfläche, mit dem Becken verwachsen, ringsherum von gurrenden Darmschlingen umlagert. Man sieht durch die dünnen Bauchdecken Reliefbildungen und hin und wieder während der Koliken Darmsteifungen. Röntgenbild zeigt dicht vor dem Colon ascendens oralwärts eine Ausweitung des Ileums, dann ein etwa 3 cm langes, sehr dünnes Lumen bei Serienaufnahmen. Rektaleinlauf erreicht die Aussparung nicht.

Diagnose: Chronische adhäsive Perityphlitis? Carcinoma coeci?

Laparotomie ergibt eine mächtige harte, weiße Schwarte, die nach vorsichtiger Durchtrennung auf den fingerdicken, aber nicht perforierten Wurmfortsatz und Coecum führt, ohne auf Tumormassen zu stoßen. Als man nicht ohne Peritonealablösung vom Coecum die Ileumeinmündung freigelegt hat, erkennt man, daß dieses auf einer kurzen Strecke an den Narbenmassen so umschnürt und eingeengt ist, daß es nur noch die Dicke eines Bleistifts hat. Die Adhäsionen an dieser Stelle lassen sich leicht und ohne Nebenverletzung lösen, so daß die Ileocöcalresektion und Ileocolostomie erfolgreich ausgeführt werden kann.

Der Wurmfortsatz hat enorm verdickte Wand, hauptsächlich der Muscularis; seine Spitze ist verödet, die Schleimhaut überall ulceriert, enthält eitriges Sekret und einen kirschkerngroßen Koprolithen.

Hier hatten wir also einen Patienten vor uns, der alle Symptome eines Carcinoma coeci zeigte, und bei dem nur die vorher überstandene Unterleibsentzündung, die doch nichts anderes wie eine perityphlitische gewesen sein konnte, auf die Eventualität einer gutartigen chronisch-entzündlichen Geschwulst das Augenmerk gerichtet hat. Der anamnestische Hinweis kann somit das einzige Argument sein, welches für die richtige Diagnose in Betracht zu ziehen ist. Es zu erbringen, ist oft recht schwer, weil bei dem proteusartigen Bilde der Appendicitis der Kranke so häufig keine Ahnung von seinem ursprünglichen Leiden hat. Man erfährt von ihm, daß

er Magengeschwür oder Nabelkoliken oder anderes mehr früher überstanden habe, niemals Blinddarmentzündung, — und doch hatte eben diese sich in atypischer Weise mit Schmerzen geäußert, deren Lokalisation eben fälschlich auf ein anderes Organ bezogen wurde.

Diese Tatsache stimmt mit den Erfahrungen, welche zur Aufstellung des Krankheitsbildes der larvierten oder latenten Form der Erkrankung Veranlassung geworden ist, überein. Sie ist von besonderer Wichtigkeit für die Beurteilung der Pseudogeschwülste in der Ileocöcalgegend, sie kann das einzige differential-diagnostische Moment sein; sie kann den Ausschlag für die Prognose von Zuständen, die durchaus als inoperables, bösartiges Leiden imponieren, geben. Sie kann aber nur mit einer gewissen Zurückhaltung verwertet werden, weil der Symptomenkomplex des beginnenden okkulten Cöcalkrebses mitunter durchaus dem der rezidivierenden Wurmfortsatzentzündung ähnelt.

Als letztes und einziges wirkliche Sicherheit gewährendes Auskunftsmittel bleibt die Probelaparotomie. Hat man die pathologischen Veränderungen im Auge, so kann es wohl gelegentlich auch dann noch schwer sein, zu entscheiden, ob Ca oder fibromatöse Hyperplasie vorliegt. In der Regel aber zeigt das Fehlen sekundärer Knoten, das Vorwiegen adhäsiver Veränderungen, die offenkundige Zusammensetzung der Geschwulst aus miteinander verbackenen Darmschlingen, die Heranziehung und Verwachsung des Netzes am Typhlon die Lage an, und man kann mit aller Vorsicht versuchen, die Organe zu entwirren, den schuldigen Teil zu entdecken und zu entfernen. Denn mit der Exstirpation des kranken Wurmfortsatzes wird der Indicatio morbi genügt, und nach glücklichem Gelingen des Ein-

griffs ist die Vorbedingung der Genesung gegeben. In unseren oben geschilderten Beobachtungen ist es nur einmal nötig gewesen, die Ileocöcalresektion auszuführen, und prinzipiell sollte man zu diesem schweren und gefährlichen Eingriffe nur schreiten, wenn die Appendektomie nicht möglich ist, oder wenn die Darmveränderungen, wie in unserem Fall, eine Beseitigung der affizierten Partien erfordern.

Die Autoren, welche der Ileocöcalresektion ein für allemal den Vorzug geben, gehen mit dieser Empfehlung wohl zu weit. Viele Male war sie nur deswegen gerechtfertigt, weil auch die Autopsia in vivo nicht den Charakter des Leidens hatte erkennen lassen, die Voraussetzung eines trotz alledem vorhandenen malignen Tumors radikale Therapie erheischt hatte. Einen derartigen Fall beschreibt Laewen [11]):

Bei einer 51jährigen Frau, die seit einem Jahr an hartnäckigen Verstopfungen mit Kollern im Leibe leidet, wird, nachdem Patientin eine schwere Last gehoben hatte, ein mannsfaustgroßer Tumor in der Ileocöcalgegend entdeckt. Auch bei der Operation konnte die histologische Beschaffenheit dieses Tumors nicht mit Sicherheit gestellt werden. Erst die nachherige mikroskopische Untersuchung ließ den entzündlichen Charakter der Geschwulst erkennen.

Auch von Bergmann [12]) resezierte mehrfach Coecum und Dünndarm wegen Tumorbildungen in der Ileocöcalgegend, die sich mikroskopisch als entzündliche erwiesen. Auch in diesen Fällen konnte selbst bei der Laparotomie die wahre Diagnose nicht gestellt werden.

Wir sehen also, daß erst die Untersuchung der Präparate die Benignität der Pseudotumoren aufdeckt.

Die Semiotik dieser Geschwülste bis in ihre letzten Konsequenzen ähnelt überaus der der Payrschen Krankheit, welche

[11]) D. Zschr. f. Chir. Bd. 129.
[12]) D. Zschr. f. Chir. Bd. 129.

gleichfalls auf der Basis chronischer entzündlicher Vorgänge an der Flexura lienalis coli so oft den Verdacht des Carcinoms erweckt. Dank den Hinweisen Payrs, welcher zuerst auf die Quelle solcher Irrtümer aufmerksam machte, ist in der konservativen Heilmethode das bessere und weniger gefährliche Verfahren der Behandlung begründet worden. — Eine einschlägige Beobachtung sei hier noch kurz erwähnt, wenn sie auch nicht unbedingt zu dem Thema gehört:

Fr. R., 65 Jahre, leidet seit langer Zeit an Okklusionskrisen, die schließlich durch einen Spezialarzt für Magen- und Darmkrankheiten unter der Diagnose „inoperables Carcinoma flexurae lienalis" zur Colocolostomie zugeführt wird.

Bei der Laparotomie findet sich eine ausgedehnte adhäsive Peritonitis, die zu einer größeren fibrösen Bildung am Übergang des Colon transversum ins Colon descendens geführt hat. Keinerlei Anzeichen für Malignität des Prozesses. Colocolostomie (Mitte des Quercolons mit unterem Ende des Colon descendens) führt nur vorübergehende Besserung herbei.

Neue Krisen veranlassen Anlegung einer kleinen Cöcalfistel, seit deren Bestehen — nunmehr seit zwei Jahren — alle Beschwerden verschwunden sind. Die Fistel hat große Neigung, sich spontan zu schließen, was durch dauernde Einführung von bleistiftdickem Drain verhindert wird.

Die vorher sehr elende, mit den größten Qualen behaftete Patientin ist jetzt in bestem Ernährungszustand und fühlt sich subjektiv so wohl, daß sie auf Beseitigung der Fistel drängt. Mit Rücksicht auf die ausgedehnten Verwachsungen des Darmes wird dem Wunsche nicht Folge gegeben werden.

Die Pseudotumoren der Abdominalgegend sind ein besonders reizvolles Gebiet der Medizin, dessen Kenntnis um so mehr das Interesse der Ärzte verdient, als es Gelegenheit gibt, scheinbar verlorene Menschenleben zu retten und peinlichste Leiden zu beseitigen.

An dieser Stelle ist es meine vornehmste Pflicht, dem Herrn Geheimrat

Prof. Dr. Karewski für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit und für die gütige Unterstützung meinen ganz ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser vorliegender Dissertation, der Arzt Martin Klein, wurde am 28. Januar 1890 zu Mitau geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem humanistischen Gymnasium zu Mitau, welches er im Jahre 1908 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Zu Michaelis 1908 bezog er die Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin, wo er elf Semester lang Medizin studierte. Am 3. August 1914 wurde er nach „gut" bestandenem ärztlichen Staatsexamen an der Universität Berlin als Arzt approbiert.

Seit dem 1. September 1914 ist er als Assistenzarzt der Klinik von Prof. Karewski und des Lazaretts Trautenaustr. 5, seit dem 18. November 1915 gleichzeitig an der chirurgischen Poliklinik des Krankenhauses der jüdischen Gemeinde tätig. Seit dem 1. April 1917 ist er als praktischer Arzt in Berlin niedergelassen.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: von Bergmann, Bier, Bonnhöfer, Bumm, Fischer, Gabriel, Goldscheider, Hertwig, Heubner, Killian, Krückmann, Lesser, Lewin, Löwinsohn, Orth, Pagel, Passow, Reinhardt, Rubens, Rubner, Stendel, Straßmann, Waldeyer, Westenhöfer.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld
Berlin W 8